

<http://hdl.handle.net/1765/109106>



Samenvatting

Private uitgaven voor gezondheidszorg en vrijwillige private ziektekostenverzekering

In deze thesis worden verschillende onderwerpen besproken met betrekking tot de private uitgaven voor gezondheidszorg en de vrijwillige private ziektekostenverzekering. Deze twee thema's zijn nauw met elkaar verbonden aangezien de uitgaven die zijn gedekt door de private ziektekostenverzekering een onderdeel vormen van de private uitgaven voor gezondheidszorg.

In de Europese Unie (EU) vormen private uitgaven gemiddeld 21 procent van de totale uitgaven voor gezondheidszorg. Drie kwart van de private uitgaven voor gezondheidszorg wordt 'out-of-pocket' gefinancierd.²⁴⁵ De private ziektekostenverzekering staat in voor slechts 5 procent van alle gezondheidsuitgaven in de EU.

We hebben de betrouwbaarheid van de 'OECD Health Statistics' onderzocht wat betreft de private uitgaven voor gezondheidszorg. De 'OECD Health Statistics' verschaffen beleidsmakers gedetailleerde informatie over de gezondheidsuitgaven. We hebben aangetoond dat de officiële cijfers voor de private uitgaven voor België voor het jaar 2010, gepubliceerd in de 'OECD Health Statistics', niet betrouwbaar zijn. Er zijn vier hinderpalen voor het correct inschatten van de private gezondheidsuitgaven: de interpretatie van definities, de formulering van hypothesen, ontbrekende of onvolledige informatie en onjuiste informatie. Door gebruik te maken van alternatieve informatiebronnen zijn we gekomen tot meer accurate schattingen van de private en 'out-of-pocket' uitgaven. We hebben verschillen van meer dan 100 procent vastgesteld tussen onze schattingen en de officiële Belgische schattingen van de private gezondheidsuitgaven. Bijvoorbeeld, volgens de 'OECD Health Statistics' bedragen de private uitgaven voor ziekenhuizen in België 3,1 miljard EUR, terwijl deze uitgaven volgens onze alternatieve berekeningen slechts 1,1 miljard EUR bedragen. De totale private uitgaven verschillen slechts 1 procent, maar dit is louter toeval.

'Out-of-pocket' uitgaven kunnen een negatief effect hebben op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Vooral mensen met een laag inkomen en een slechte gezondheid lopen een risico. Zij kunnen noodzakelijke zorg uitstellen of ervan afzien omdat ze niet in staat zijn om de factuur te betalen. In het kader van deze thesis hebben we ons geconcentreerd op twee onderwerpen met betrekking tot 'out-of-pocket' uitgaven voor gezondheidszorg: (1) extra betalingen die de vrije keuze van zorgverstrekker

²⁴⁵ Verrassende vaststelling is dat de 'out-of-pocket' uitgaven in de EU hoger liggen dan in de Verenigde Staten, waar de 'out-of-pocket' uitgaven 12 procent van de totale uitgaven voor gezondheidszorg uitmaken.

waarborgen (ereloonsupplementen) en (2) extra betalingen die de toegang tot nieuwe gezondheidstechnologie waarborgen.

Een ereloonsupplement is een extra ereloon dat wordt aangerekend bovenop het ereloon dat is vastgesteld door de verplichte ziektekostenverzekering.

In België en Frankrijk is de toegang tot bepaalde artsen alleen mogelijk voor patiënten die in staat zijn en bereid zijn om ereloonsupplementen te betalen. In 2012 bedroegen de ereloonsupplementen in totaal 781 miljoen EUR in België en 2.644 miljoen EUR in Frankrijk.

In beide landen staat het systeem van ereloonsupplementen onder druk wegens bezorgdheid over de financiële houdbaarheid en een gebrek aan toegevoegde waarde voor de patiënt. De uitgaven voor ereloonsupplementen stijgen veel sneller dan de totale gezondheidsuitgaven. Tot dusver zijn maatregelen om deze trend om te buigen niet succesvol gebleken. Voor bepaalde categorieën van artsen vertegenwoordigen de ereloonsupplementen één derde van hun totale inkomen. Voor patiënten echter, is de toegevoegde waarde van ereloonsupplementen niet zo duidelijk. Door ereloonsupplementen te betalen, kan de patiënt zijn comfort verhogen (bijvoorbeeld, raadplegingen 's avonds laat) en heeft hij toegang tot artsen die weigeren om patiënten te behandelen die geen ereloonsupplementen betalen. De gepercipieerde kwaliteit van zorg speelt een belangrijke rol in de bereidheid van patiënten om ereloonsupplementen te betalen. Maar het is niet duidelijk of artsen die ereloonsupplementen aanrekenen ook betere kwaliteit van zorg leveren dan artsen die dit niet doen. Het koppelen van ereloonsupplementen aan objectief bewezen kwaliteit van zorg en het beperken van toegang tot topzorg tot patiënten die ereloonsupplementen kunnen en willen betalen, zou weleens op een grote weerstand kunnen stuiten in veel landen.

(Nieuwe) gezondheidstechnologie -goederen en diensten- die (nog) niet wordt terugbetaald door de ziektekostenverzekering is alleen toegankelijk voor patiënten die in staat en bereid zijn om 'out-of-pocket' te betalen.

Nieuwe gezondheidstechnologie komt in hoog tempo op de markt en -soms- tegen hoge kosten. Toegang verschaffen tot nieuwe gezondheidstechnologie is een grote uitdaging voor veel landen met een verplichte ziektekostenverzekering. We hebben de toegang tot nieuwe gezondheidstechnologie in België en Nederland onderzocht, waarbij we zijn uitgegaan van acht concrete voorbeelden om beide landen met elkaar te vergelijken. In tegenstelling tot Nederland zijn 'out-of-pocket' betalingen voor nieuwe gezondheidstechnologie een wijdverspreide en aanvaarde praktijk in België.

Het verschil is hoofdzakelijk te wijten aan uiteenlopende regelgevingen. Een belangrijk onderscheid is de manier waarop aanspraken op zorg zijn gedefinieerd: gesloten en expliciet in België versus open en niet expliciet in Nederland. Het verschil tussen naturapolissen en restitutiepolicen speelt ook een rol. Het toelaten van 'out-of-pocket' betalingen voor nieuwe gezondheidstechnologie heeft gevolgen voor de patiënt. Het leidt tot een grotere toegankelijkheid van nieuwe technologie voor hen die het kunnen en willen betalen, maar heeft een negatief effect op gelijke toegang tot zorg. Vrije keuze en transparantie worden bevorderd door 'out-of-pocket' betalingen voor nieuwe technologie toe te laten. De stelling kan worden verdedigd dat een gebrek aan dekking door de verplichte ziektekostenverzekering private toegang tot nieuwe gezondheidstechnologie niet onmogelijk mag maken.

In de EU worden huishoudens geconfronteerd met belangrijke private uitgaven die -gemiddeld- 21 procent van de totale uitgaven voor gezondheidszorg vertegenwoordigen. Vrijwillige private ziektekostenverzekeringen (PZKV) kunnen het financieel risico verbonden aan private gezondheidsuitgaven verminderen. In het kader van deze thesis worden twee onderwerpen met betrekking tot PZKV behandeld: de regulering van PZKV markten en het optimale design van PZKV producten.

In tegenstelling tot de verplichte ziektekostenverzekering, hanteert de PZKV op risico gebaseerde premies. In bepaalde EU-lidstaten (bijvoorbeeld in België en Slovenië) heeft de overheid het initiatief genomen om de premies van PZKV te reguleren, wat in tegenpraak is met de vrije markt principes.

Recente rechtspraak van het Europese Hof van Justitie (HvJ) heeft klaarblijkelijke tegenstrijdigheden in de uitspraken van het HvJ over de regulering van PZKV aan het licht gebracht. In 2013 handhaafde het HvJ Belgische regelgeving die premieverhogingen voor PZKV-contracten inperkt en daardoor de werking van de vrije markt beperkt. In 2012 daarentegen, werd Slovenië door een uitspraak van het HvJ verplicht gelijkaardige regelgeving in te trekken en de werking van de vrije markt niet te belemmeren. Deze thesis beoogt om de discussie aan te zwengelen over de vraag of en onder welke voorwaarden vrije markt gedreven PZKV in de EU aanvaardbaar zijn. We concluderen dat -op voorwaarde dat de basisverzekering alle essentiële zorg dekt (waarbij essentiële zorg breed wordt gedefinieerd)- PZKV op dezelfde manier kan worden gereguleerd als alle andere 'non-life' verzekeringstakken.

Aangezien de private uitgaven voor tandzorg significant zijn in de meeste EU-lidstaten, hebben we ervoor gekozen om ons te concentreren op aanvullende tandzorgverzekering

gen om na te gaan in welke mate het huidige aanbod van PZKV-producten beantwoordt aan de kenmerken van een optimaal design van ziektekostenverzekering.

In Europa vormen de private uitgaven -gemiddeld- 70 procent van de totale uitgaven voor tandzorg. Aanvullende tandzorgverzekeringen bieden dekking voor een deel van die private tandzorgkosten. Echter, de meeste aanvullende tandzorgverzekeringen die momenteel op de markt zijn in België, Frankrijk, Duitsland en Nederland voldoen niet aan de criteria van een optimale verzekering. Een optimale verzekeringspolis omvat een eigen risico ('franchise'; 'remgeld'), beschermt de consument tegen grote financiële risico's en geeft toegang tot anderszins onbereikbare tandzorg (bijvoorbeeld, tandimplantaten en kronen). De kloof met het optimaal design van ziektekostenverzekering kan worden verklaard door factoren van vraag (gedragseconomie) en aanbod (de limieten van verzekeraarbaarheid). Beleidsmakers zouden zorgvuldig moeten overwegen welke tandzorg essentieel is en gedekt zou moeten zijn door de verplichte ziektekostenverzekering. Tandzorg die niet essentieel is en niet gedekt is door de verplichte ziektekostenverzekering zou onderworpen moeten zijn aan de private verzekeringslogica. Wanneer omwille van budgettaire beperkingen essentiële tandzorg niet kan worden gedekt door de verplichte ziektekostenverzekering, kan subsidiëring van private verzekeringen voor mensen met een laag inkomen een alternatief vormen voor een volledig publiek aanbod. We besluiten dit onderwerp met een discussie over mogelijke strategieën om het design van aanvullende tandzorgverzekeringen te verbeteren.

PZKV vertegenwoordigt slechts 5 procent van de totale gezondheidsuitgaven en een kwart van de private gezondheidsuitgaven in de EU. Hoge 'out-of-pocket' uitgaven staan haaks op een gelijke toegang tot de gezondheidszorg. Wanneer er geen dekking is door de verplichte ziektekostenverzekering, betekent het omzetten van 'out-of-pocket' uitgaven in uitgaven die gedekt zijn door PZKV een stap voorwaarts. Echter, PZKV betekenen slechts een stap voorwaarts wanneer de voordelen van verzekering opwegen tegen de nadelen ervan. Verzekeringsdekking is niet nodig voor iedere euro die 'out-of-pocket' wordt betaald. Dekking voorzien voor onbeduidende risico's en voor het eigen risico kan contraproductief zijn. Dekking voor niet wetenschappelijk onderbouwde behandelingen kan zelfs gevaarlijk zijn. Het stimuleren van concurrentie en het toepassen van private verzekeringslogica kan leiden tot een vermindering van de 'loading' kosten en een reductie van de 'moral hazard', wat -uiteindelijk- gunstig is voor de consument.

In de ideale wereld is alle essentiële zorg gedekt door de verplichte ziektekostenverzekering. In de reële wereld kan de verplichte ziektekostenverzekering worden aangevuld met vrijwillige private ziektekostenverzekeringen.